37e Année. — N° 21. Vendredi 23 Mai 1890.

# LA FRANCE MÉDICALE

**SOMMAIRE**

**Ophthalmologie** : Sur l'hémianopsie consécutive à des hémorrhagies utérines, par le Dr A. Chevallereau. — **Bibliographie** : Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur, os articulations, muscles, par le Dr Kirmisson. — L'assistance publique dans le département de Sambre-et-Loire, par le Dr Napias. — **Revue de la presse** : Les couleurs d'aniline comme antiseptiques et leur emploi en thérapeutique. — **Académie de médecine**, séance du 20 mai 1890, présidence de M. Moutard-Martin : Présentation de mémoires. — Mort de M. Siredey. — De la noix de kola. — Sur la pénétration des bacilles de la morve à travers la peau intacte. — Traitement du rétrécissement des voies lacrymales. — Du vaccin de chèvre. — **Société de chirurgie**, séance du 21 mai 1890, présidence de M. Nicaise : Hernie ischiatique de l'ovaire. — Extirpation du cancer du rectum par la voie sacrée. — **Société médicale des hôpitaux**, séance du 16 mai 1890, présidence de M. Dumontpallier : Sur un cas de méningite et de péritonite à pneumocoques sans pneumonie. — De l'utilité des recherches bactériologiques pour le pronostic et le traitement des pleurésies purulentes. — **Société française d'ophthalmologie**, séance du 8 mai 1890, présidence de M. Liebrich : Nouvelle méthode pour mesurer les rayons de courbure du cristallin. — Remarques sur l'examen ophtalmométrique et optométrique d'un certain nombre d'yeux astigmates. — Amblyopie astigmatique. — Sur les abcès du sinus frontal. — Des altérations consécutives aux hémorrhagies de la rétine. — Hémianopsie causée par des pertes utérines. — Forme insidieuse grave de l'ophthalmie blennorrhagique. — Sur l'existence des nerfs ciliaires antérieurs et superficiels. — Contribution à l'étude des fausses perceptions sensorielles et particulièrement des fausses sensations de couleurs associées aux perceptions objectives des sons. — Présentation d'instruments. **Société clinique de Paris**, séance du 27 mars 1890, présidence de M. Hayem. — **Memento pratique**. — **Variétés** : Le Dr Emin Pacha. — **Nouvelles**. — **Bulletin bibliographique**.

## OPHTHALMOLOGIE

### Sur l'hémianopsie consécutive à des hémorrhagies utérines.

Par M. le Dr A. Chevallereau
Médecin de la Clinique ophthalmologique des Quinze-Vingts.

Dans aucun mémoire traitant de l'hémianopsie, dans la littérature française, nous n'avons retrouvé parmi les causes de ce phénomène les hémorrhagies utérines et de même les ouvrages d'obstétrique que nous avons pu consulter ne signalent pas l'hémianopsie parmi les complications possibles des accouchements. Aussi nous a-t-il paru utile de publier les deux faits que nous rapportons ci-dessous. Nous ne trouvons, pour expliquer ces hémianopsies survenant à la suite d'abondantes pertes utérines, aucune théorie indiscutable, mais les faits eux-mêmes ont leur valeur et d'autres cas s'ajoutant aux nôtres éclaireront sans doute la pathogénie de ces accidents.

Voici d'abord mes deux observations :

Mme C. 24 ans, m'est adressée le 19 août 1889, à la consultation de la clinique des Quinze-Vingts, par mon ami le Dr Miquel. Cette jeune femme, grande et forte, présente tous les attributs de la meilleure santé et en effet ses antécédents pathologiques sont peu fournis.

Née à Paris, d'un père et d'une mère encore très bien portants tous les deux, elle a commencé à être réglée à 14 ans et elle l'a toujours été régulièrement depuis cette époque. A l'âge de 16 ans elle a eu une atteinte de rhumatisme articulaire aigu ; trois autres atteintes de rhumatisme ont succédé à la première, mais à peu d'intervalle, car le tout n'a duré qu'un an et depuis l'âge de 17 ans Mme C... n'a plus eu rien qui ressemble à des douleurs rhumatismales.

Comme autre phénomène pathologique survenu pendant sa vie de jeune fille, Mme C... en signale un seul, mais très singulier. Il lui arrivait assez souvent, dit-elle, de ne pas distinguer la moitié inférieure des objets ; ce trouble de la vue se montrait toujours sur un seul œil, mais tantôt le droit, tantôt le gauche ; cela durait quelques minutes. Ce phénomène pouvait rester huit jours sans revenir, puis parfois il revenait vingt fois dans la même journée. Ajoutons que cette hémianopsie se produisait surtout à l'époque des règles, quoique celles-ci ne présentassent rien de particulier. Dans l'intervalle de ces petites crises la vue reprenait toute son intégrité.

Mme C. s'est mariée à l'âge de 20 ans. Elle est accouchée le 2 septembre 1887 après une grossesse parfaitement normale.

Le Dr Berthiot, qui soignait la malade à cette époque, nous a donné sur ce point les renseignements suivants :

L'accouchement fut normal, mais l'extraction du placenta, adhérent, fut très difficile et s'accompagna d'une hémorrhagie considérable qui alla jusqu'à la syncope. Le sixième jour il y eut un frisson assez violent qui fit craindre des complications péritonéales, mais ce frisson ne se reproduisit pas.

Le 10e jour, Mme C. fut prise d'aphasie avec perte de mémoire complète surtout pour les substantifs ; cet état dura un mois. Le trouble intellectuel était tel que, pendant ce temps, la malade ignorait qu'elle fut mère et même qu'elle fût mariée. Elle put se lever au bout de six semaines ayant encore de l'affaiblissement de la mémoire et de la difficulté à s'exprimer.

Trois mois après son accouchement, elle eut une fièvre typhoïde classique, mais à forme adynamique grave : chose curieuse, au 2e jour de cette fièvre typhoïde, il y eut une poussée d'utricaire qui disparut rapidement pour laisser la fièvre typhoïde suivre son évolution normale.

Lorsque l'intelligence redevint nette, Mme C. remarqua qu'elle ne voyait pas du tout à sa droite ; la moitié droite des objets lui échappait complètement. Le Dr Miquel essaya assez longtemps d'un traitement to-

nique, puis, n'obtenant aucun résultat, il nous adressa cette malade aux Quinze-Vingts.

L'examen fonctionnel montre ce qui suit : le fonctionnement de tous les muscles de l'œil est parfaitement normal, l'examen extérieur ne montre aucune anomalie; l'acuité visuelle est égale à 1. Le sens des couleurs est intact. En étudiant le champ visuel on obtient le dessin ci-dessous. Le champ visuel a été pris

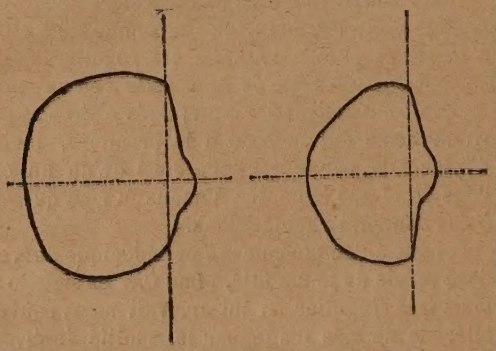

*Fig.* 1.

une quinzaine de fois depuis cette époque et toujours le résultat a été à peu près exactement le même et les quelques variations observées paraissent tenir, non pas à l'état réel de la malade, mais à la position de sa tête et peut-être au degré d'attention de l'élève qui faisait la campimétrie.

Ainsi dans les deux yeux, la moitié gauche du champ visuel est à peu près normale, plutôt un peu rétrécie. La moitié droite du champ visuel n'est pas complètement atteinte, mais la vision s'arrête à 15° degrés à droite de la ligne médiane ; à partir de ce point, la limite de son champ visuel est représentée par une ligne qui, pour l'œil gauche, se dirige obliquement en dehors pour rejoindre la ligne médiane à 50° en haut, à 30° en bas; pour l'œil droit, cette ligne de séparation rejoint la ligne médiane à 45° en haut, à 45° en bas. Cette ligne de séparation offre encore cette particularité que, dans le voisinage de la ligne horizontale, elle forme un arc de cercle assez régulier à concavité dirigée à gauche, tandis que plus haut et plus bas cette ligne devient à peu près droite.

Dans tout le champ visuel délimité comme ci-dessus, l'acuité est normale, en dehors de cette ligne de séparation la cécité est absolue.

L'examen ophthalmoscopique est complètement négatif : la pupille réagit fort bien à la lumière, les milieux sont très transparents, et il n'y a aucune lésion appréciable des membranes ; il y a une hypermétropie légère, d'une demi-dioptrie.

Mme C., est très gênée par cette infirmité, elle voit très bien devant elle, elle peut sans difficulté lire, écrire et se livrer à toutes ses occupations habituelles, mais elle ne voit pas à sa droite et ne peut par exemple, traverser seule la place de la Bastille, ni même marcher sur un trottoir dans une rue un peu fréquentée.

Voici maintenant ma seconde observation :

Mme R. actuellement âgée de 40 ans, a toujours joui d'une excellente santé ; elle n'a eu aucune maladie pendant toute son enfance et sa jeunesse. Elle a été menstruée à 19 ans seulement, assez irrégulièrement d'abord, avec plusieurs mois de retard parfois, mais sans en éprouver aucun autre trouble.

Mariée à 24 ans, elle a eu 4 filles à 25, 26, 27, puis 33 ans, deux fausses couches, l'une à 33 ans, l'autre à 38 ans, le 22 février 1888.

Lors de cette dernière fausse couche faite sans cause appréciable et à six semaines seulement, Mme R. eut une hémorrhagie considérable pendant 48 heures. A la suite, il y eut une perte de connaissance qui dura trois jours ; pendant ce temps la malade divaguait et croyait être enterrée vivante. En effet, peu après le début de cette perte, Mme R. était devenue aveugle et cette cécité absolue a duré pendant trois semaines. La malade voyait cependant un peu le jour obliquement mais sans rien pouvoir distinguer, puis la vision est revenue peu à peu et au bout de trois mois la malade avait exactement l'acuité visuelle et le champ visuel qu'elle a aujourd'hui. Les notes prises à cette époque aux Quinze-Vingts concordent absolument avec celles que j'ai pu prendre moi-même le 15 mars dernier. La malade d'ailleurs nous dit qu'elle n'a pas éprouvé depuis cette époque le moindre changement.

Cette femme présente une atrophie blanche des deux papilles, presque complète à gauche, partielle à droite; de ce côté, la papille est un peu colorée ; les gros vaisseaux ont leur calibre normal.

De l'œil gauche la malade distingue, en se plaçant très obliquement, les plus grandes lettres de l'échelle ; de l'œil droit elle voit assez facilement les caractères les plus fins de l'échelle en les mettant un peu de côté. En face, comme pour l'œil gauche, il y a un scotome absolu : la malade ne voit même pas un fort bec de gaz lorsqu'elle le regarde bien en face.

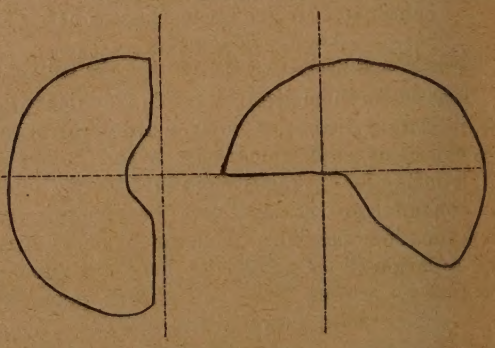

*Fig.* 2

Le champ visuel chez cette femme est surtout intéressant à noter. A gauche, la limite de la partie conservée du champ visuel s'arrête à 5 degrés à gauche de la ligne médiane, sauf au voisinage du point de fixation où cette ligne décrit une demi-circonférence qui reste à 20° environ en dehors de ce centre. Il y a donc pour l'œil gauche une hémiopie gauche, hémianopsie droite.

Pour l'œil droit la moitié supérieure du champ visuel est conservée, et même la ligne de séparation suit directement dans la moitié interne une ligne horizontale passant par le centre de fixation, mais dans la moitié droite, cette ligne de séparation, à partir du 10e degré, suit à peu près exactement, en dehors et en bas, la ligne de 135°. Il y a donc, chez cette seconde malade, hémiopie gauche pour l'œil gauche et hémiopie supérieure pour l'œil droit.

Ainsi, dans ces deux cas, l'hémianopsie est survenue dans des conditions à peu près identiques ; dans ces deux cas, chez des femmes d'une excellente santé, il se produit des pertes utérines considérables, dans un accouchement normal chez la première, dans une fausse couche chez la seconde. Ces métrorrhagies amènent une syncope puis une perte de connaissance de longue durée, et en revenant à elle, chacune s'aperçoit qu'elle a perdu une moitié du champ visuel. Dans les deux cas, les urines examinées plusieurs fois, du moins à l'époque où j'ai observé ces malades, ont été trouvées parfaitement normales ; le cœur ne présentait aucune lésion.

Quelle peut donc être la cause de cette hémianopsie ? Chez la femme il faut toujours penser à l'hystérie, mais ici rien ne nous permet de croire à l'existence de cette affection. Ces deux femmes sont très intelligentes et rendent parfaitement compte de leurs sensations or, elles n'ont jamais présenté le moindre trouble du système nerveux sensitif ou moteur, et nos recherches à ce point de vue ont été absolument négatives.

D'autre part, quoique l'hémianopsie ait été signalée comme due à l'hystérie par divers auteurs : Briquet, Galezowski, Svynos, Baron, l'existence de l'hémianopsie hystérique ne nous paraît rien moins que prouvée.

En effet, ces divers auteurs se bornent à des affirmations sans apporter aucun fait à l'appui de leur opinion. M. Galezowski (1) dit ceci : « J'ai rencontré l'amblyopie hystérique sous forme d'hémianopsie homonyme latérale. » Nous ne pouvons assurément mettre un instant en doute l'affirmation de notre confrère, mais nous regrettons de ne trouver aucun fait précis à l'appui.

Briquet (2) dit, dans son *Traité de l'hystérie* : « Chez quelques hystériques, l'amaurose n'intéresse qu'une partie de la rétine et le plus ordinairement l'une de ses moitiés latérales, soit la moitié externe, soit la moitié interne, et alors les malades ne voient que les objets qui peignent leur image sur son côté sain, tout un côté des corps qui se trouvent dans le champ de la vision restant inaperçu », mais il ne donne aucune observation.

Dans un article sur l'amblyopie hystérique publié par Landolt dans les *Archives de physiologie* (3), nous trouvons indiqué comme trouble du champ visuel le rétrécissement concentrique, mais nullement l'hémianopsie.

Aristide N. Svynos, dans une thèse sur les amblyopies et les amauroses hystériques (1) indique, pages 25 et 26, l'hémiopie comme une des manifestations de l'hystérie, mais dans l'observations II à laquelle il renvoit, voici tout ce qu'il dit du champ visuel :

« *Champ visuel.* La vision centrale est conservée ; le champ visuel périphérique est diminué, mais c'est surtout l'externe qui l'est considérablement. »

On nous avouera que ces détails sont bien insuffisants pour constituer une hémiopie. Le reste de cette thèse ne contient rien de plus complet à ce point de vue.

Baron (2) dit bien, d'après Galezowski, que l'hémiopie s'observe parfois dans l'hystérie, hémiopie limitée à l'œil correspondant au côté affecté, mais il se borne à cette singulière affirmation, du moins il ne fait que reproduire un passage de l'observation III de la thèse de Svynos dans laquelle il s'agit simplement de rétrécissement du champ visuel.

Cette croyance à l'existence de l'hémianopsie hystérique nous paraît donc ne reposer sur aucune base ; d'autre part, l'homme le plus compétent en pareille matière, M. le professeur Charcot, n'a jamais observé d'hémianopsie chez des hystériques, ce qui suffit presque à juger la question.

Nous nous croyons donc, en l'absence de toute autre cause, autorisé à rattacher cette hémianopsie à l'accouchement et aux pertes qui l'ont accompagné. J'ai recherché s'il existait dans la science d'autres faits du même genre, jusqu'ici mes recherches dans la littérature française n'ont eu qu'un résultat nul, mais j'ai été plus heureux à l'étranger.

Dans un livre publié en latin, à Vienne, en 1781, par Trnka de Krzowitz, et intitulé : *Historia amauroseos*, j'ai trouvé, page 219, l'observation suivante :

« Heldius rapporte dans les *Mélanges des curieux de la nature* (Centurie 3, obs. 180) qu'une femme de 43 ans, grosse de quatre mois, ayant avorté à la suite d'un purgatif drastique, avait bu du vin de safran pour amener l'expulsion du placenta. Elle eut une hémorrhagie utérine qui dura soixante-dix jours, éprouva de la faiblesse et de fréquentes lipothymies ; sa vue s'affaiblit de jour en jour, à tel point que d'abord elle ne vit que la moitié de son mari, puis elle ne vit plus rien ; on ne put constater la moindre altération dans les yeux. Le mal resta incurable. Mais bien que le flux de sang ne soit pas excessif, il amène cependant quelquefois l'amaurose, surtout chez les femmes peu de temps après l'accouchement, d'après Bartisch (*Mél. Cur. de la nat.* loc, cit.). D'après Œhme, Günz fut aussi consulté par une femme grosse, qui, peu de temps après son accouchement, avait perdu la vue. »

(1) Galezowski. *Traité des maladies des yeux*, 3e édit., 1888, p. 572.
(2) Briquet. *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, 1859, p. 294.
(3) Landolt. *Archives de physiologie*, 1875, p. 624.

(1) Aristide N. Svynos. Thèse de Paris.
(2) Baron. *Troubles de la vue chez les hystéro-épileptiques*. Thèse de Paris, 1878, p. 47.

Dans un livre publié cette année même à Wiesbaden par Salo Cohn, *Uterus und auge* (1), je trouve résumés deux faits dus à Pfluger de Berne.

Chez une femme de 31 ans, il se produisit quelques jours après un premier accouchement une hémianopsie homonyme qui intéressait la moitié inférieure du côté droit du champ visuel; on ne voyait aucune lésion de la papille.

Le deuxième cas concerne une jeune femme anémique de 25 ans; trois semaines après son accouchement, temps pendant lequel elle avait soigné son enfant malade, il se produisit une hémianopsie droite des deux côtés. La limite dépassait la ligne médiane à gauche de 10°, à droite un peu plus. Ici aussi l'examen ophtalmoscopique était négatif. Quatre ans plus tard, l'état était resté le même. Sur la papille droite il n'y avait qu'une légère modification de la couleur; la moitié interne de la papille avait une couleur gris rosé, la moitié externe était plus pâle.

Ainsi, voilà cinq cas du même genre, quoique dans les deux courtes observations de Pfluger je ne trouve pas noté si l'hémorrhagie qui accompagne toujours l'accouchement a été très abondante comme dans les trois autres cas. Dans les quatre cas où la disposition du champ visuel a été indiquée, il s'agit d'hémianopsie droite, par conséquent de lésions portant sur le trajet de la bandelette optique gauche; mais quelles sont ces lésions, alors que, dans mes deux cas du moins, la santé générale de ces deux femmes est restée parfaite et qu'on ne trouve nulle part aucun autre phénomène? Je suis porté à croire que sous l'influence de la syncope prolongée qui a succédé à ces hémorrhagies utérines il s'est fait des coagulations sanguines dans les branches des artères cérébrales qui se distribuent soit à la portion, encore inconnue, de l'écorce cérébrale qui préside aux fonctions visuelles, soit plutôt à la bandelette optique gauche. Mais c'est là une simple hypothèse qui demanderait à être confirmée par de nouveaux faits.

## BIBLIOGRAPHIE

**Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur : — os, — articulations, — muscles,** par le Dr Kirmisson, professeur agrégé de la Faculté de médecine. Paris, G. Masson, 1890.

Ces leçons cliniques ont été professées à l'Hôtel-Dieu pendant l'année scolaire 1888-89, alors que M. Kirmisson avait « la bonne fortune de remplacer le professeur Richet dans sa chaire de clinique chirurgicale ». Mais au lieu de se laisser guider par les hasards de la clinique, l'auteur, comme il le dit dans sa préface, a voulu faire une œuvre plus homogène en se bornant aux leçons sur l'appareil locomoteur. On sait, du reste, que ce sujet intéresse particulièrement ce chirurgien qui a fondé la *Revue d'orthopédie* et qui s'occupe plus spécialement de cette branche de la chirurgie.

Ce qui caractérise le livre de M. Kirmisson, c'est la quantité de faits normaux qui viennent rajeunir, en quelque sorte, des sujets anciens par eux-mêmes, comme les arthrites chroniques du genou, la coxalgie, etc.; ce sont aussi les opérations nouvelles dirigées contre les affections qui n'en comportaient pas autrefois.

Le squelette fait l'objet des premières leçons, nous y trouvons l'ostéomyélite avec la part importante qu'elle occupe aujourd'hui en chirurgie et deux chapitres tout neufs sur l'ostéomyélite traumatique prolongée et sur l'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur. Ce sont là des questions fort intéressantes : l'une parce qu'elle n'est pas encore bien connue et que les observations en sont rares, l'autre à cause de sa fréquence et des caractères tout particuliers que la présence de l'artère poplitée en contact avec la suppuration peut lui faire acquérir.

Les maladies articulaires tiennent une place importante dans cet ouvrage et nous recommandons aux lecteurs les leçons qui ont trait aux différentes arthrite rhumatismales tuberculeuses ou traumatiques. Les arthropathies syphilitiques occupent un chapitre instructif à cause des observations qui y sont retracées et des considérations auxquelles elles donnent lieu. Il en est de même des arthrites tabétiques et M. Kirmisson cite le cas d'un homme atteint de cette affection, auquel il a pratiqué la résection du genou. Pareilles opérations ont été pratiquées en Allemagne par Julius Wolff, Czerny, Bergmann et à ce propos, M. Kirmisson discute l'opportunité de cette intervention et les résultats qu'elle peut donner. Enfin citons encore deux cas de déformation particulière du tibia, décrite par Sonnenburg et observée dans son service par M. Kirmisson, ainsi que la leçon sur la coxalgie double.

Le torticolis fait l'objet d'un chapitre spécial et M. Kirmisson préconise à juste titre avec la sécurité que donne l'antisepsie, la section des tendons à ciel ouvert.

Les résections orthopédiques ont été pratiquées par l'auteur sur le coude, sur le poignet et sur l'articulation tibiotarsienne dans des cas de fractures vicieusement consolidées et les résultats sont vraiment parfaits, comme le lecteur pourra s'en convaincre en examinant les nombreuses figures jointes au texte et faites d'après des moulages exacts.

Nous n'avons malheureusement pas assez de place pour pouvoir prendre un à un tous les chapitres et en montrer les caractères originaux, aussi bien faudrait-il citer tout l'ouvrage, et nous terminerons en disant que les questions des sutures osseuses, des encheville-ments, des ostéotomies, des résections partielles, sont étudiées à propos des lésions qui les comportent.

L'orthopédie arrive à l'heure qu'il est à des résultats

(1) Dr Salo Cohn : *Uterus und auge*, eine darstellung der funktionen und krankheiten des Weiblichen Gesechtsapparates in ihrem pathogenen Einfluss auf das Sehorgan, Wiesbaden, 1890.

inattendus et nous n'en voulons, pour exemple, que l'observation citée dans la dernière leçon du livre de M. Kirmisson, à propos du traitement du valgus, pied plat douloureux. Nous avons eu l'occasion de revoir au service de la clinique chirurgicale de la Charité, un des deux opérés auquel l'enchevillement de l'astragale et du scaphoïde a été pratiqué après résection partielle et cunéiforme de ces deux os, la déformation est absolument corrigée, au lieu du pied plat, il existe une voûte plantaire et le valgus a complètement disparu. Ce jeune homme est du reste entré pour subir une opération analogue au pied qui n'a pas encore été traité.

Nous ne souhaitons pas le succès au livre de M. Kirmisson, il lui est acquis d'avance. C'est un ouvrage qui sera lu avec le plus grand fruit par tous et surtout par ceux qui y retrouveront l'enseignement de leur maître.

E. R.

---

**L'Assistance publique dans le département de Sambre-et-Loire,** par le Dr Napias, avec une lettre de M. Henri Monod, in-8°, 88 p. Paris, Lecrosnier et Babé, 1890.

Nous sommes mal à l'aise pour dire tout le bien que nous pensons des feuilletons que notre ami, le Dr Napias, a publiés dans la *France médicale*, au commencement de cette année, et nous ne pouvons guère qu'annoncer à nos lecteurs que ces feuilletons sont réunis dans un élégant volume où tous pourront les relire à loisir et dont ils feront bien de conseiller la lecture aux membres des conseils d'administration des hôpitaux et des bureaux de bienfaisance de leur région. En effet, ce livre n'est pas seulement charmant par la verve et l'esprit qui y règnent d'un bout à l'autre, il est surtout profondément vrai. Inspecteur général des services administratifs au ministère de l'intérieur, M. Napias s'est borné à rassembler les ridicules et les abus qu'il a trouvés disséminés dans toute la France ; il n'est pas dans cet ordre un fait qui ne soit rigoureusement exact et les noms qui figurent dans ce livre cachent des personnages réels ou peu modifiés. De même M. Napias a mis à profit sa grande science de l'hygiène et son goût très vif pour toutes les questions de cet ordre pour réunir dans cet idéal département de Sambre-et-Loire toutes les améliorations, tous les perfectionnements dont il souhaite et poursuit la réalisation.

Tous les médecins accepteront volontiers les idées contenues dans ce livre, mais c'est surtout par les administrateurs que nous voudrions le voir lire ; ce serait pour eux une lecture fort agréable et de grand profit.

M. Henri Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques au ministère de l'intérieur, a écrit une charmante lettre-préface, dans laquelle il dit tout le bien qu'il pense de l'auteur et de son ouvrage. Ce bienveillant et très sympathique patronage est déjà la consécration du succès auquel ce livre a tous les droits.

A. Ch.

## REVUE DE LA PRESSE

**Les couleurs d'aniline comme antiseptiques et leur emploi en thérapeutique.** — Le professeur J. Stilling, de Strasbourg, publie, dans la *Revue générale d'ophtalmologie* (30 avril 1890) les curieuses recherches que nous allons résumer.

Les couleurs violettes d'aniline possèdent toutes les qualités d'un bon antiseptique : non seulement elles empêchent l'infection, elles combattent aussi une suppuration déjà établie. Les bacilles et les coques de toute espèce finissent par mourir quand une couleur d'aniline pénètre par diffusion leur enveloppe muqueuse et a coloré le protoplasma. Il était donc indiqué de chercher à obtenir dans l'organisme vivant ce qui arrive si facilement dans les cultures ou sous l'objectif, c'est-à-dire à tuer les organismes pathogènes. Or, ce sont les couleurs violettes d'aniline, que Stilling réunit, pour abréger, sous le nom de méthyle violet, qui empêchent au plus haut degré le développement des bactéries. Après des expériences botaniques et bactériologiques, l'auteur a transporté ces expériences sur les animaux, mais arrivons tout de suite à ses résultats thérapeutiques.

Il inocule dans l'œil d'un lapin le staphylococcus pyogenes aureus et produit une kératite grave avec hypopyon. Il instille ensuite une solution de violet d'aniline à 1 pour 1.000 : l'ulcération dans toute son étendue et le pus dans la chambre antérieure se colorent d'un violet intense ; le processus pathologique est arrêté.

A sa clinique il a eu des résultats encore plus surprenants avec des ulcères de la cornée. Un ulcère de la cornée chez un enfant scrofuleux, traité avec grand soin pendant plus d'un mois sans résultat favorable, guérit d'un jour à l'autre après l'instillation de quelques gouttes de méthyle violet. Une kératite récente avec hypopyon guérit en un jour après stérilisation de l'ulcération avec un crayon d'aniline, de même un ulcère marginal de mauvais aspect.

Dans la blépharite, la conjonctivite, les phlyctènes, l'eczéma des paupières, le traitement par le méthyle violet a donné des succès inconnus avec les autres modes de traitement.

Voici d'autres résultats bien plus surprenants : la kératite parenchymateuse est une affection à marche extrêmement lente ; eh bien, Stilling a vu l'injection ciliaire disparaître et la vascularisation du bord de la cornée s'effacer rapidement ; à la loupe on voyait, à l'éclairage latéral, le méthyle violet pénétrer dans les vaisseaux immédiatement après l'instillation. Bientôt l'opacification du tissu de la cornée rétrograda et l'œil reprit toute sa transparence.

Dans l'iritis séreuse et dans ses formes très graves, avec forte injection sclérale de longue durée et opacités diffuses du corps vitré, dans huit à quinze jours l'injec-

tion disparut, toute irritation abandonna l'œil, le corps vitré s'éclaircit et la force visuelle s'améliora en peu de jours d'une façon surprenante.

Plus fort encore : dans quelques cas de choroïdite disséminée datant de longtemps, l'auteur a pu constater en peu de jours une amélioration des plus étonnantes de l'acuité visuelle. Les améliorations de la vue sont restées constantes. L'auteur suppose que l'aniline pénètre par diffusion dans la choroïde et y enraye le développement des bactéries pathogènes.

Dans un cas d'ophthalmie sympathique grave survenant chez un enfant de 7 ans, malgré l'énucléation de l'œil blessé, il se développa une forte névrite optique, puis des opacités du corps vitré qui abolirent en peu de jours l'acuité visuelle jusqu'à ne laisser qu'une simple perception quantitative de la lumière, enfin une irido-cyclite avec rétrécissement pupillaire progressant de jour en jour ; les exsudations formèrent bientôt dans le champ pupillaire une membrane qui obstruait tout ce qui restait de la pupille rétrécie, et cela malgré le traitement dans l'obscurité par le collyre à l'atropine et les frictions mercurielles à haute dose. C'était à peine si l'œil pouvait percevoir les mouvements de la main. Considérant l'œil comme perdu, l'auteur fit des instillations d'aniline à 1 pour 1.000. A partir de ce moment, l'inflammation s'arrêta, l'œil fut débarrassé de toute irritation ; la force visuelle s'améliore depuis trois mois d'une façon constante ; l'enfant lit déjà de grandes lettres. La membrane qui recouvre la pupille est devenue transparente au centre et laisse percevoir le fond rouge de l'œil à l'examen ophthalmoscopique.

Chez des animaux en expérience, l'auteur a injecté l'aniline dans le corps vitré sans aucun dommage. La panophthalmie purulente produite par une inoculation fut ainsi arrêtée. En chirurgie, les résultats ont été absolument les mêmes et ces cas ont fourni à l'auteur la preuve indubitable, dit-il, « que les plaies et les ulcérations suppurantes traitées avec l'aniline peuvent être stérilisées à condition que le médicament pénètre partout, et que la suppuration est ainsi arrêtée ». Citons seulement le cas de ce vieillard de 70 ans, dont toute la jambe gauche était couverte d'ulcères variqueux en suppuration et qui guérissait en quelques jours.

Voilà des résultats bien merveilleux, mais nous allons, avec bien d'autres sans doute, en commencer immédiatement le contrôle et nous aurons d'ici peu de jours une opinion sur leur valeur réelle.

L'antisepsie pour les opérations au moyen des couleurs d'aniline serait obtenue de la façon suivante : les instruments seraient plongés, quelque temps avant l'opération, dans une faible solution de méthyle violet de 1 pour 10.000 ou pour 20.000 ; après l'opération, la plaie serait lavée avec une solution un peu plus forte de 1 pour 2.000 jusqu'à 1 pour 5.000, puis réunie par des sutures, lorsqu'il y aurait lieu, avec de la soie imprégnée d'une solution de méthyle violet de 1 pour 1.000. Le pansemnte se ferait avec une ouate ou une gaze antiseptique également imprégnée d'une solution de méthyle violet de 1 pour 1.000.

Un léger inconvénient pour l'emploi chirurgical du méthyle violet est de colorer les mains en bleu ; cette coloration peut être enlevée immédiatement à l'aide d'alcool ou d'eau de javelle.

On peut, sans nuire, injecter de grandes quantités d'aniline dans les cavités pectorale et abdominale ; des animaux en expérience mangent, sans inconvénient, de grandes quantités de la substance colorante. Stilling espère donc que d'autres applications pourront être tentées par exemple dans la pleurésie et la péritonite purulentes, dans les ulcérations typhiques et dysentériques du tube intestinal.

Il y a malheureusement dans ces recherches un côté commercial qui peut entraver les essais. Il existe une grande quantité de méthyles violets très différents de constitutoin et d'effets ; beaucoup d'entre eux contiennent de l'arsenic ou du phénol et peuvent produire sur l'œil une très forte irritation. Aussi l'auteur s'occupe-t-il actuellement de faire fabriquer par une maison allemande un produit spécial, pourvu d'un nom spécial et contrôlé par lui. C'est là une difficulté sans doute, mais qui n'est peut-être pas insurmontable, pour un essai loyal des méthyles violets. A. CHEVALLEREAU.

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Séance du 20 mai 1890. — Présidence de* M. MOUTARD-MARTIN.

M. Léon COLIN présente de la part de M. le Dr NIMIER un mémoire intitulé : de la folliculite microbienne tonsurante du cuir chevelu.

M. ROCHARD présente de la part de M. AUBERT, médecin major au 23e de ligne, des mémoires sur les épidémies de grippe et de rougeole à Bourg (Ain).

M. VERNEUIL présente de la part de M. le Dr JEANNEL (de Toulouse), une note sur une opération de colopexie pour prolapsus invaginé du rectum.

**Mort de M. Siredey.** — M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie la mort de M. Siredey, membre de la section de pathologie médicale et annonce que ses funérailles doivent avoir lieu le jeudi matin à 10 heures, à Neuilly.

**De la noix de kola.** — M. DUJARDIN-BEAUMETZ ne voudrait pas rouvrir la discussion qui s'est élevée entre MM. Heckel et Germain Sée, sur l'action comparative de la kola et de la caféine ; il croit devoir rappeler néanmoins les recherches qu'il a faites sur la kola dès 1884, avec un de ses élèves, M. Monnet.

Ces recherches avaient surtout pour but de constater les effets thérapeutiques de la noix de kola. Il a constaté, dès cette époque, que la kola jouit de propriétés diurétiques très nettes, ce qui n'a rien d'étonnant puisque la noix de kola contient une forte proportion de caféine et un peu de théobromine. La kola a donné de bons résultats dans l'asystolie.

C'est à la forte proportion de tannin que contient la noix de kola qu'on peut attribuer les services qu'elle rend dans les diarrhées chroniques.

Reste enfin l'action tonique de la kola, qui est incontes-

table et dans laquelle, peut être, le *rouge de kola* peut jouer un certain rôle, quoiqu'aucune expérience physiologique démonstrative ne puisse être invoquée à l'appui de cette hypothèse.

M. G. Sée maintient que la kola n'agit que par la caféine qu'elle renferme.

**Election.** — L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux (1re division).

Pour la première place, sur 56 votants, majorité 29, M. Lacasagne de Lyon est nommé par 48 voix contre 2 données à M. Gros (d'Alger), 5 à M. Niepce, et 1 à M. Trastour.

Pour la seconde place, sur 63 votants, majorité 32, M. Gros est nommé par 49 voix contre 5 données à M. de Brun, 7 à M. Niepce, 1 à M. Trastour et 1 bulletin blanc.

**Sur la pénétration des bacilles de la morve à travers la peau intacte.** — M. Cornil lit un rapport relatif à des expériences de M. Babès, tendant à montrer que les bacilles de la morve en culture pure peuvent pénétrer à travers la peau saine des animaux et donner ainsi la morve uniquement par le contact.

La friction avec une pommade contenant les bacilles ne réussit que rarement à donner la morve, mais elle réussit quelquefois, surtout lorsqu'on a affaire à un virus très actif et récemment cultivé.

M. Nocard a constaté que deux cobayes sur quinze ont pris la morve à la suite de la friction simple.

L'examen histologique des papules morveuses récentes montre bien la façon dont pénètrent les bacilles de la peau saine. Sur les coupes de ces papules, les vaisseaux sont entourés de quelques cellules migratrices qui sont plus nombreuses autour des vaisseaux de certains follicules pileux hypertrophiés.

Parmi les follicules pileux, les uns sont normaux, les autres sont dilatés ; ces derniers contiennent des bacilles morveux et présentent des lésions de leurs divers éléments constituants. La partie centrale du follicule est remplie d'une quantité considérable de bacilles de la morve qui se colorent très bien par la fuchsine. Les couches épithéliales sont épaissies et on trouve quelques cellules en karyokinèse dans la couche périphérique ; là on constate la présence de quelques cellules migratrices et de bacilles en quantité variable entre les cellules épithéliales. Au pourtour des follicules, le tissu conjonctif est un peu enflammé. Les fentes et vaisseaux lymphatiques contiennent un assez grand nombre de bacilles.

Comme le nombre des bacilles contenus dans la cavité centrale des follicules est beaucoup plus considérable que celui du tissu conjonctif périphérique, on doit supposer qu'ils pénètrent d'abord dans les follicules et de là dans les espaces lymphatiques et plasmatiques de la peau.

**Traitement du rétrécissement des voies larcrymales.** — M. Galezowski, au lieu d'inciser le canalicule inférieur, le laisse intact et fait une incision de 2 à 3 millimètres, partant du point lacrymal inférieur et allant du côté de la conjonctive vers l'angle externe de l'œil. Il fait ainsi une ouverture suffisante par laquelle la dilatation progressive se fait aussi facilement et même plus rapidement que dans le procédé ancien. Il respecte la contractilité du point lacrymal inférieur. (Comm. : MM. Panas, Chauvel.)

**Du vaccin de chèvre.** — M. Hervieux fait une communication qu'il résume dans les conclusions suivantes :

1° Si on inocule une chèvre soit avec du vaccin de génisse, soit avec du vaccin humain, le produit de cette inoculation évolue exactement comme le vaccin de génisse;

2° La vaccination de chèvre à bras réussit bien, à la condition que l'inoculation soit pratiquée aussitôt après la récolte du vaccin. Les boutons vaccinaux ont tous les caractères de la vaccine classique ;

3° L'inoculation avec du vaccin de chèvre conservé réussit aussi bien qu'avec du vaccin de génisse quand elle est faite avec la pulpe, moins bien avec la lymphe;

4° La vaccination d'un sujet humain avec du vaccin de chèvre humanisé donne des résultats réalisant le type le plus parfait de la vaccine classique ;

5° En résumé, les animaux de l'espèce caprine sont aussi aptes que ceux de l'espèce bovine à la culture du vaccin.

La séance est levée à 4 heures et demie.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

*Séance du 21 mai 1890. — Présidence de M.* Nicaise.

**Hernie ischiatique de l'ovaire.** — M. Routier fait un rapport sur une observation de M. Chenieux, de Limoges, ayant trait à une tumeur volumineuse de la région fessière prise pour un lipome et qui n'était autre chose qu'une hernie d'un ovaire kystique. Cette tumeur fut pédiculisée, le péritoine suturé et la malade guérit. Ces cas sont rares et M. Routier n'en a pu relever que quatre, deux dans un travail de Deneux, en 1813 et deux cités par Velpeau.

**Extirpation du cancer du rectum par la voie sacrée.** — M. Routier lit un second rapport sur une opération de Kraske, faite par M. Poisson, de Nantes, et qui fut suivie de mort. Le cancer dépassait les limites que le doigt pouvait atteindre. Il y avait des adhérences très difficiles à détruire entre le rectum et la prostate. M. Poisson put cependant descendre l'intestin et le sutura au bord inférieur à l'aide de 20 points de catgut chromique. Il draina sa plaie; mais il y eut un phlegmon et le malade mourut le 7e jour. M. Routier pense qu'il ne faut pas trop suturer la plaie cutanée postérieure, à cause de la possibilité possible d'une déchirure des sutures intestinales et estime qu'il faut faire 2 plans de sutures sur le rectum.

Il a pratiqué depuis sa première communication une seconde opération de Kraske ; mais l'intervention fut retardée malgré lui ; il ne put descendre l'intestin et fut obligé de faire un mauvais anus artificiel dans la région sacrée. Il dut infecter le péritoine, car le malade mourut en quelques jours. C'était un homme âgé, du reste.

M. Verneuil est d'avis qu'il ne faut pas faire cette opération chez les vieillards, car ils ne sont pas, le plus souvent, de force à la supporter. Chez eux, au contraire, l'anus iliaque est facile, les soulage immédiatement et n'est pas si horrible qu'on veut bien le dire. Quant à l'opération de Kraske, il rappelle que le premier, en 1853, il a réséqué le coccyx et conseillait cette ablation pour donner du jour. De plus, quand on en arrive à remonter bien au dessus du péritoine, dans la majorité des cas, le cancer a gagné en même temps en profondeur et a envahi la prostate, ce qui rend de ce chef l'opération, la plupart du temps, incomplète. Ces grandes opérations donnent, en effet, une mortalité opératoire de 22 0/0. Il a toutefois pratiqué 2 fois cette opération et notamment chez une femme (ici les cancers sont plus mobiles), il put descendre le rectum supé-

rieur ; mais, en bas, il restait si peu de tube intestinal, qu'il sacrifia la virole formée par l'anus et sutura son rectum à la peau, il bourra sa plaie avec de la gaze iodoformée et n'eut pas de phlegmon. M. Vernueil adopterait volontiers cette manière de faire dans les cas analogues.

M. Quenu a assisté à deux opérations de Kraske et pour lui il y a deux questions dans cette méthode : d'abord la suture de l'intestin réséqué, ensuite la résection du sacrum. Pour la première il croit qu'il n'y a pas d'inconvénients à ouvrir le péritoine ; il pense au contraire que c'est le mésorectum qui doit préoccuper le chirurgien ; car dans une opération de ce genre qu'il fit, il dut dégager le rectum de son méso sur une certaine hauteur et ne put même dépasser les limites du mal, sous peine de voir cette partie privée désormais de ses vaisseaux se gangrener. Il dut faire un anus contre nature et le malade succomba au shock.

M. Schwartz a pratiqué une opération de Kraske chez un homme de 65 ans, après s'être assuré, sous le chloroforme, que la tumeur était mobilisable, mais à la partie inférieure il n'existait plus, une fois le néoplasme enlevé, que 3 centimètres d'intestin et il dut, pour pouvoir faire ses sutures, fendre la partie postérieure de celui-ci. Malgré toutes les précautions de purgation et de désinfection intestinale qui avaient été prises, le malade eut une débâcle le quatrième jour, les sutures se rompirent et il mourut d'infection.

Sur un second malade il était décidé à faire un anus iliaque pour assurer l'antisepsie de son rectum ; mais voulant constater par ce nouvel orifice le degré de mobilité de son néoplasme il s'aperçut que ce dernier était absolument adhérent au promontoire et il termina alors son anus artificiel.

M. G. Marchant a fait deux opérations de Kraske et les malades sont aujourd'hui bien portants. Chez son premier malade il eut une fistule stercorale, ce qu'il attribue à un degré assez prononcé de contracture de l'anus. Il regretta même de ne pas avoir fait la dilatation préalable. Sur le second il fit la suture comme M. Schwartz à l'aide d'une incision préalable postérieure et enleva même tous les ganglions et la prostate qui était atteinte.

M. Terrier n'a fait qu'une opération de ce genre, chez un homme de 60 ans. Il trouve la désinfection intestinale facile par le régime lacté et l'administration du naphthol. Il trouva son intestin vide et pratiqua très facilement les sutures ; mais il pense qu'il faut les faire avec de la soie. Son malade a eu une petite fistule, qui s'est cicatrisée et il est aujourd'hui absolument guéri, sans récidive. Il faut introduire une sonde anale pour permettre l'émission des gaz et faire la dilatation préalable. M. Terrier est partisan de cette opération à cause du jour qu'elle donne et de la conservation du sphincter anal.

M. Routier répond que l'opération de Kraske diffère de ce qu'a autrefois recommandé M. Verneuil, en ce qu'elle conserve le sphincter ; c'est là le point capital. Il fait aussi ses sutures à la soie et obtient une antisepsie intestinale à l'aide du régime lacté et du naphthol. Il faut avoir un personnel sûr pour être sûr aussi de cette désinfection du gros intestin.

M. Kirmisson lit un rapport sur une statistique de M. le Dr Boix, d'Aurillac, qui a fait 5 cataractes, 1 ablation d'un sarcome du triangle de Scarpa, 1 ovariotomie pour kyste suppuré de l'ovaire, 1 fistule vésico-vaginale, 1 arthrotomie du genou et plusieurs autres opérations, toutes avec succès.

M. Ricard présente un malade auquel il a refait une cavité cotyloïde et une résection de la tête du fémur, dans un cas de luxation irréductible ancienne de la hanche.

M. Delens présente une malade atteinte de névrome plexiforme de la paupière supérieure.

M. Routier présente un ostéosarcome du fémur pour lequel il a pratiqué la désarticulation de la hanche.

M. Terrier présente un kyste hydatique du mésentère qu'il a enlevé hier matin ; le malade va bien,

Eug. Rochard.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

*Séance du 16 mai 1890. — Présidence de* M. Dumontpallier.

**Sur un cas de méningite et de péritonite à pneumocoques sans pneumonie.** — M. Debove fait cette communication au nom de ses internes, MM. Boulay et Courtois-Suffit :

Depuis la découverte de l'agent infectieux de la pneumonie, l'étude des localisations extra-pulmonaires du pneumocoque est à l'ordre du jour. On a constaté que les péricardites, les endocardites, les pleurésies, les arthrites, survenant au cours et au déclin des pneumonies, ne sont que des localisations secondaires du pneumocoque dans l'organisme.

L'association de ces localisations extra-pulmonaires entre elles n'est pas très rare, et récemment, nous avons observé dans le service de M. Debove la coexistence d'une méningite à pneumocoques avec une péritonite de même nature chez un malade qui n'avait pas de pneumonie.

Il s'agissait d'un homme de 54 ans, alcoolique invétéré, qui arriva à l'hôpital avec un délire violent, absolument comparable au délire alcoolique ; mais en dehors de ces phénomènes cérébraux, l'examen de tous les organes resta absolument négatif. Le surlendemain de l'entrée, on constata cependant que le ventre était légèrement ballonné et que la palpation provoquait une certaine douleur. Le troisième jour, mort dans le coma.

A l'autopsie, péritonite généralisée. Les anses intestinales, dilatées au maximum, sont recouvertes d'une couche épaisse de pus verdâtre, consistant, s'étendant comme une pseudo-membrane continue sur tous les viscères et sur la face interne de la paroi abdominale. Aucune perforation intestinale ; rien au cœur ni aux poumons ; mais du côté des centres nerveux, méningite purulente généralisée, sans aucune lésion osseuse. Le pus a les mêmes caractères que sur le péritoine.

L'examen microscopique et les recherches bactériologiques ont démontré des pneumocoques en culture pure, pour ainsi dire, dans l'exsudat méningé, et un mélange de pneumocoques et d'autres micro-organismes dans le pus péritonéal. Le poumon était tout à fait indemne. Dans le sang, nous avons retrouvé le pneumocoque.

On remarquera, dans cette observation, tout d'abord les caractères macroscopiques du pus. Sa couleur verdâtre, sa consistance crémeuse, sa plasticité, sont tout à fait caractéristiques du pus à pneumocoques, à ce point qu'avant tout examen bactériologique on peut, en pareilles circonstances, être à peu près certain qu'on trouvera ce micro organisme.

Relativement à la double localisation sur les méninges et le péritoine, il est assez difficile d'en fournir la raison.

On ne peut guère s'arrêter à l'idée d'une méningite par une infection locale. Nous n'avons, en effet, trouvé aucune lésion macroscopique dans le rocher. ni même dans l'ethmoïde, et si l'on voulait admettre le transport direct du pneumocoque aux méninges par les vaisseaux sanguins ou les gaines lymphatiques des nerfs de l'oreille ou des fosses nasales, on ne s'expliquerait nullement la simultanéité d'une péritonite dont les lésions étaient contemporaines à celles de la méningite. Aussi paraîtrait-il plus rationnel d'admettre qu'il y a eu infection générale d'emblée par des pneumocoques qui ont respecté les poumons et qui se sont localisés simultanément sur les méninges et sur le péritoine. Mais enfin, c'est une pure hypothèse. Quant à la porte d'entrée de ces microbes, nous l'ignorons Peut-être convient-il de faire jouer un rôle aux pneumocoques qui se trouvent normalement dans la bouche ou dans les voies respiratoires supérieures.

La coexistence des inflammations des méninges et des autres séreuses n'est pas rare et elle est connue d'ancienne date, mais la similitude des tissus, par laquelle on est tenté de l'expliquer, paraît bien insuffisante.

Dans le cas de notre malade, l'alcoolisme nous paraît expliquer mieux cette coexistence de la méningite et de la péritonite.

L'influence de l'éthylisme est notée, en effet, dans un grand nombre de cas de méningites pneumococciques.

Or, si l'on accorde à l'alcool une influence novice sur le cerveau, on ne saurait lui en refuser une analogue sur le système porte.

M. Sevestre a observé chez la fille d'un confrère une pneumonie survenue sans cause connue Quinze jours après apparaissait une péritonite localisée dans la fosse iliaque droite. Une ponction exploratrice ramena du pus dans lequel on ne trouva que des pneumocoques ; l'abcès fut ouvert, lavé et guérit parfaitement.

M. Netter. La péritonite à pneumocoques est rare. Je ne l'ai trouvée qu'une fois sur 108 autopsies de sujets ayant présenté des manifestations pneumococciques.

La méningite à pneumocoques est bien moins rare. La même statistique lui accorde une fréquence de 11, 11 %.

**Chorée molle avec atrophie musculaire.** — M. F. Raymond. La chorée minor de Sydenham peut s'accompagner de troubles parétiques et même de paralysies vraies, qui lui ont fait donner par West le nom de chorée molle. Ces paralysie sont connues depuis longtemps, mais elles n'ont été bien étudiées que depuis quelques années et le principal travail sur leur sujet est la thèse d'Ollive (188[illegible]). La paralysies survient lentement dans les membres les plus agités par les mouvements choréiques ; elle est le plus souvent hémiplégique ou monoplégique ; elle peut être étendue aux membres, à la nuque et même à la langue et au voile du palais. Elle peut coexister avec les mouvements choréiques, mais il est fréquent que ces mouvements diminuent à mesure que la paralysie s'installe et ils peuvent devenir presque imperceptibles.

Dans tous les cas de chorée molle, l'affaiblissement musculaire est hors de proportion avec l'intensité des mouvements choréiques, tandis que dans la chorée ordinaire, c'est l'agitation qui domine. Je vous présente un malade atteint de chorée molle, mais qui a, de plus, une atrophie musculaire très marquée du bras paralysé.

C'est un garçon de dix-sept ans dont le père rhumatisant chronique est mort hémiplégique et aphasique. La mère est nerveuse, mais sans crises. Bien portant jusqu'en janvier dernier, époque à laquelle il est pris de douleurs articulaires avec gonflement aux pieds, genoux, poignets, coudes qui le retiennent quinze jours au lit, il essaie ensuite de travailler, mais il est fréquemment obligé de se reposer, se sentant affaibli, ayant quelques douleurs légères et du gonflement malléolaire le soir. Au milieu de mars, il était à peu près rétabli quand il se met à grandir très rapidement (de sept centimètres du 15 mars au 22 avril); et en même temps, douleurs juxta-épiphysaires ; aux premiers jours d'avril, mouvements involontaires dans la main gauche, puis à l'avant-bras et au bras, à la jambe gauche, et enfin à la face à gauche avec difficulté de la parole; mais l'agitation était le plus prononcée au bras. Diminution progressive de la force au membre supérieur gauche qui devient bientôt complètement paralysé ; puis la jambe s'affaiblit à son tour; et, à son entrée à l'hôpital, le 28 avril, il était hémiplégique gauche et ne pouvait marcher sans appui.

Ce qui frappait le plus chez ce malade, c'était, indépendamment de la paralysie, une atrophie musculaire considérable du bras gauche qui, au niveau du deltoïde, a quatre centimètres de moins que celui du côté opposé. Réflexes tendineux diminués, excitation faradique augmentée dans les muscles atrophiés. Léger souffle systolique à la pointe du cœur. Pas de trouble de la sensibilité. Depuis son entrée dans mon service, la paralysie a diminué ainsi que les mouvements choréiques, et le malade peut marcher sans appui.

Comme contraste, je veux vous montrer un autre malade, jeune homme de 22 ans, fils de paludéens, qui, il y a quatre ans, pendant une période de surmenage scolaire, fut frappé d'une petite attaque d'apoplexie, à la suite de laquelle il eut une légère hémiplégie gauche et des mouvements convulsifs réguliers dans la main gauche. Les phénomènes ont empiré et aujourd'hui le tremblement est beaucoup plus prononcé, mais il diffère notablement de celui de la chorée de Sydenham ; il est régulier, plus rapide et peu étendu. Il existe un certain degré de contracture de tout le côté gauche, face, cou, membre supérieur et inférieur et une atrophie musculaire de cinq centimètres à la cuisse, de deux centimètres et demi au niveau du deltoïde gauche. Réflexes très exagérés. Pas de troubles de la sensibilité.

Après avoir vu ces deux malades, choréiques d'ordres différents, il est impossible de prendre pour un cas de chorée de Sydenham un cas de chorée symptomatique d'une lésion cérébrale.

L'atrophie musculaire dans la chorée de Sydenham est très rare ; je n'en connais que deux observations : l'une d'Ollive, l'autre de Rondot qui attribue cette atrophie au rhumatisme. Mais je ne crois pas qu'il faille voir ici des cas d'atrophie musculaire d'origine articulaire.

Mon malade ne présente aucun symptôme d'hystérie; on ne peut donc considérer la paralysie et l'atrophie comme de nature hystérique.

M. A. Ollivier. Dans les cas très nombreux de chorée que j'ai observés, je n'ai pour ainsi dire jamais vu d'atrophies musculaires. Aussi rattacherais-je l'atrophie musculaire du malade de M. Raymond au rhumatisme antérieur, et ferais-je rentrer ce cas dans la classe des chorées rhumatismales classiques, qui sont bien connues.

M. Féréol. Le malade présente un érythème papulo-

margineux qui vient tout à fait à l'appui du diagnostic de chorée rhumatismale.

M. F. Raymond. J'ai donné les raisons qui me font croire que l'atrophie musculaire n'est pas sous la dépendance du rhumatisme. C'est le deltoïde qui est le plus atrophié, et l'épaule, de ce côté, a été à peine atteinte par le rhumatisme. De plus, les réflexes tendineux sont abolis ; or, toutes les fois qu'il y a, à la suite d'arthrite, atrophie musculaire, les réflexes sont exagérés.

**De l'utilité des recherches bactériologiques pour le pronostic et le traitement des pleurésies purulentes.** — M Netter.

Les pleurésies purulentes sont toujours de nature microbienne ; mais les microbes qui leur donnent naissance sont de diverses espèces.

J'ai examiné au point de vue bactériologique 109 pleurésies purulentes. Les microbes que j'y ai trouvés sont les suivants : pneumocoque, streptocoque pyogène, staphylocoque pyogène, bacille de la tuberculose, bacille encapsulé de Friedlaender, bacille pseudo-typhique, micrococcus tétragène, spirilles, filaments, bactéries saprogènes.

Mais un certain nombre de ces espèces n'ont été rencontrées qu'associées à des espèces plus fréquentes. D'autres n'ont été vues qu'une seule fois et n'ont ainsi qu'une importance secondaire.

La bactériologie permet de distinguer quatre espèces de pleurésies purulentes dues :

1° Au pneumocoque ; 2° au streptocoque pyogène ; 3° aux organismes saprogènes de la putridité ; 4° au bacille de la tuberculose.

Le diagnostic de ces quatre espèces se fait par l'examen bactériologique.

Leur fréquence relative est la suivante dans ma statistique personnelle :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Pneumocoques | 32 sur 109, | soit 29.5 | 0/0 |
| Streptocoques. | 51 » | » 46.8 | 0/0 |
| Putrides..... | 15 » | » 13.7 | 0/0 |
| Tuberculeuses. | 12 sur 129, | soit 11 | 0/0 |

Trois fois il y avait en même temps des pneumocoques et des streptocoques.

La pleurésie purulente à pneumocoques est très fréquente chez l'enfant. Chez l'adulte la proportion est renversée.

La pleurésie purulente à pneumocoques est la moins grave. Elle est souvent précédée de pneumonie. Elle peut guérir spontanément par vomique. L'indication thérapeutique consiste à évacuer le pus. Pour cela la ponction est généralement suffisante.

Dans les cas de pleurésie purulente renfermant en même temps le pneumocoque et le streptocoque, on se comportera comme dans les pleurésies à streptocoques.

La pleurésie à streptocoques, la plus fréquente chez l'adulte, réclame une intervention hâtive et énergique. Il faudra évacuer le pus rapidement et complètement, c'est-à-dire pratiquer l'empyème de bonne heure. Il faudra faire une antisepsie rigoureuse, et pour cela nous croyons bon de recourir au lavage au sublimé suivi d'un fort lavage à l'eau bouillie.

La pleurésie putride demande la thoracotomie suivie de lavages.

La pleurésie purulente tuberculeuse ne doit pas être confondue avec les pleurésies purulentes chez les tuberculeux. Elle est ordinairement insidieuse, latente, chronique.

Les ponctions répétées à longs intervalles y amènent un soulagement marqué. L'empyème ne fournit que des résultats incomplets et parfois fâcheux. La médication antiparasitaire n'a pas encore donné de bons résultats.

## SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTHALMOLOGIE

*Séance du 8 mai 1890. — Présidence de* M. Liebrich.

**Nouvelle méthode pour mesurer les rayons de courbure du cristallin.** — M. Tscherning décrit un nouvel instrument.

**Remarques sur l'examen ophthalmométrique et optométrique d'un certain nombre d'yeux astigmates.** — M. Bull. Les résultats fournis par l'examen ophthalmométrique et l'examen subjectif de l'astigmatisme montrent des différences assez notables dont les lois et les causes ne sont pas déterminées. Dans l'examen subjectif, la différence varie en moyenne de 0.25 à 0.75 dioptries. Dans 10 0/0 des cas, cette différence était suffisante pour changer l'astigmatisme selon la règle en astigmatisme contraire à la règle. Dans le cas d'astigmatisme cornéen, il y avait une différence en plus dans 75 0/0 des yeux. Chez les jeunes gens, l'astigmatisme se comporte comme chez les adultes, rien ne justifie l'hypothèse de l'existence du spasme astigmatique. Dans le tiers des yeux examinés, j'ai trouvé, entre le méridien de la plus grande courbure de la cornée et le méridien principal indiqué par l'examen subjectif, un écart d'au moins 5 degrés, et dans 91 0/0, c'est le méridien indiqué par l'examen subjectif qui se trouvait le plus près de l'horizontale. J'explique ces différences par l'obliquité du cristallin qui vient d'être constatée par M. Tscherning.

**Amblyopie astigmatique.** — M. Martin (de Bordeaux) cite des cas d'astigmatisme régulier où il est impossible d'obtenir une correction parfaite, à cause de l'anesthésie de la rétine.

**Sur les abcès du sinus frontal.** — M. Panas appelle l'attention sur la difficulté du diagnostic des abcès des sinus frontaux. Cette affection a été souvent méconnue. Les affections diathésiques, tubercules, gommes, ostéites, ont pour siège de prédilection le rebord inféro-externe de l'orbite. Dès lors, toute suppuration ayant pour siège le voisinage du sinus frontal en haut devra éveiller des soupçons et faire penser qu'une inflammation de ce sinus peut en être le point de départ.

L'empyème du sinus frontal n'est pas nécessairement en communication avec l'orbite par un trajet fistuleux.

Le développement du sinus frontal varie suivant les individus, et souvent, la cavité de celui-ci se prolonge jusqu'à l'apophyse orbitaire externe de l'os frontal. Il en résulte qu'un abcès et une fistule peuvent occuper le milieu, voire même la partie externe du rebord orbitaire supérieur.

Chez les malades que j'ai observés, il n'y avait point d'ozène, ni aucune autre affection antérieure des fosses nasales pouvant faire croire à l'envahissement possible du sinus. Aussi la présence de pareilles lésions concomitantes peut éveiller l'idée d'une suppuration du sinus frontal, mais son absence n'est pas suffisante pour faire écarter pareille supposition.

Un symptôme qui n'a jamais fait défaut consiste en des douleurs vives, accusées par les malades sur le trajet des nerfs sus-orbitaire et nasal. Cela tient à ce que la muqueuse du sinus est très riche en filets nerveux propres lui venant du trijumeau.

Etant donné un abcès du sinus frontal, l'indication capitale consiste à l'ouvrir, à le drainer et à y pousser des injections antiseptiques et modificatrices afin de tarir au plus tôt la purulence dont sa cavité est le siège. Pour cela, le mieux sera de pratiquer une incision, immédiatement au-dessous de la tête du sourcil et à trépaner la paroi inférieure ou orbitaire du sinus, qui constitue en même temps la partie la plus déclive et la plus large de cette cavité. Comme une simple incision en boutonnière ne permettrait pas d'agir à l'aise, on en ajoutera une seconde perpendiculaire et médiane sur la racine du nez. Le lambeau angulaire ainsi circonscrit comprendra le périoste et il suffira de racler l'os pour le détacher sans léser le nerf frontal interne et la terminaison de l'artère ophthalmique qui émergent à ce niveau La trépanation de l'os devient facile, et permet d'apercevoir l'orifice par où ce sinus communique avec le méat moyen des fosses nasales. On peut alors, soit placer un gros drain dans l'ouverture faite par le trépan, pour donner continuellement issue au pus et pouvoir y pousser des injections détersives journalières ; ou encore introduire un drain dans le sinus et le faire ressortir par le nez en suivant le canal de communication physiologique. Pour franchir le canal en question, il faut se servir d'un instrument mousse du volume d'une petite sonde cannelée. Une fois le cathéter parvenu dans le méat moyen, son bec se trouve arrêté vers l'infundibulum par la saillie en dedans du cornet moyen que l'on pourrait briser. Lorsque l'on sent cette résistance, il faut incliner le cathéter de façon que son bec puisse contourner la saillie du cornet et descendre en suivant la cloison jusqu'au plancher des fosses nasales De cette disposition, il résulte que l'instrument devra être rigide et offrir une courbure plus que demi-circulaire. Comme, chez les malades que j'ai traités, les injections passaient en partie dans le nez, on peut conclure que le cathétérisme est le plus souvent inutile, sinon dangereux.

Je me suis servi, pour déterger le sinus, de ma solution de bi-iodure d'hydrargyre à 1/20000. En outre, j'ai fait des injections de glycérine iodoformée.

Malgré le traitement, la guérison demande des mois.

A part des douleurs de tête ressenties par nos malades, nous n'avons jamais observé rien qui puisse nous faire supposer que l'inflammation retentit sur la paroi cranienne du sinus.

Le but de cette communication est de chercher à mettre en garde les ophtalmologistes contre les erreurs de diagnostic possibles et que nous croyons fréquentes au point de vue du retentissement orbitaire des abcès du sinus frontal ; celles-ci peuvent en imposer pour des lésions indépendantes.

**Des altérations consécutives aux hémorrhagies de la rétine.** — M. Masselon. Les hémorrhagies rétiniennes peuvent être suivies de processus de dégénérescence variables. Elles peuvent disparaître sans laisser de traces ou seulement quelques irrégularités du côté de la couche épithéliale de la rétine ; d'autres fois il est facile de constater de véritables résidus de pigment noir, sous forme de petites taches noires, arrondies ou allongées, très circonscrites.

Lorsque l'hémorrhagie a laissé une tache blanche, brillante, plus ou moins chatoyante, dénotant la présence d'un foyer de dégénérescence graisseuse, on peut conclure à une perturbation dans la nutrition de la rétine. Dans l'artério-sclérose, la nutrition peut être altérée au point qu'une hémorrhagie, provoquée par une altération vasculaire, laisse après elle un foyer graisseux qui persiste indéfiniment, de sorte que la rétine tend à s'infiltrer de plaques graisseuses.

L'ischémie brusque de la rétine, qu'elle résulte de l'embolie de l'artère centrale ou d'une compression exercée sur les vaisseaux par un épanchement sanguin, favorise la dégénérescence graisseuse, dans les points où le sang s'est extravasé, en particulier sur la région maculaire.

La myopie progressive peut favoriser le développement de taches graisseuses permanentes, qui apparaissent consécutivement à de petites hémorrhagies de la rétine, et sous l'influence des tiraillements auxquels se trouve soumise cette membrane dans la région du pôle postérieur de l'œil.

Un autre mode de terminaison des hémorrhagies rétiniennes se montre à la suite de vastes épanchements qui ont déchiré la rétine, pour se répandre dans la trame du corps vitré. En disparaissant, ces hémorrhagies laissent subsister des traînées fibreuses ramifiées et enchevêtrées, siégeant en partie dans la rétine, en partie dans le corps vitré et qui ne sont autres que des cicatrices occupant les parties dilacérées.

M. Panas. Au sujet de la nature des plaques blanches dont parle M. Masselon, je dois dire que mes recherches histologiques m'ont appris que les unes occupent les couches superficielles de la rétine et sont dues à une altération gangliforme des fibres fibreuses ; les autres siègent dans la couche des grains et sont de nature graisseuse.

**Hémianopsie causée par des pertes utérines.** — M. Chevallereau (V. ci-dessus p. 321.)

**Forme insidieuse grave de l'optalmie blennorrhagique.** — M. Trousseau (de Paris). A côté de la forme aiguë franche de l'ophtalmie blennorrhagique, il faut admettre une forme insidieuse, non moins grave, caractérisée par un gonflement peu marqué des paupières, un écoulement peu abondant, un chémosis intense et l'apparition tardive d'accidents cornéens redoutables.

Dans un cas, le seul symptôme inquiétant avait été le chémosis. La muqueuse chémotique et la cornée avaient été infectées d'emblée par les gonocoques, qui avaient échappé aux cautérisations par leur siège sous-épithélial.

Ayant raclé le fond des ulcères cornéens, j'ai inoculé les cornées de trois lapins avec le produit de raclage et j'ai vu se produire une fonte purulente rapide de l'œil. Il résulte que le gonflement palpébral, l'abondance de l'écoulement purulent, ne sont pas toujours des facteurs de gravité dans l'ophtalmie blennorrhagique et que le chémosis est plus à craindre. Quels que soient les symptômes initiaux, on doit toujours considérer comme grave une conjonctivite qui survient chez un sujet blennorrhagique.

**Sur l'existence des nerfs ciliaires antérieurs et superficiels.** — M. Boucheron montre deux planches sur lesquelles il a représenté la disposition des nerfs ciliaires superficiels antérieurs. Les recherches ont été faites avec la méthode de l'or. Il démontre que les nerfs cilliaires, après avoir perforé la sclérotique, viennent former des arborescences dans la région du limbe scléro cornéen. Ces dernières sont en rapport avec d'autres petits filets nerveux qui viennent du pourtour de l'orbite et assurent la sensibilité de la cornée, lorsque les nerfs ciliaires proprement dits ont été sectionnés. Ainsi, c'est au moyen de cette sensibilité récur-

rente que l'opération de la névrotomie optico-ciliaire laisse intacte la vitalité de la cornée.

**Contribution à l'étude des fausses perceptions sensorielles secondaires et particulièrement des fausses sensations de couleurs associées aux perceptions objectives des sons.** — M. Suarez de Mendoza lit un travail sur les phénomènes étranges décrits à diverses époques sous des noms différents d'*hyperchromatopsie*, de *pseudo-chromesthésie*, de *photismes* et *phonismes*, de *colourhearing* ou d'*audition colorée*, d'*association* des *sons* et des couleurs, etc.

**Présentations d'instruments.** — M. Jocs présente un *périmètre* démontable et portatif.

M. Sameh, d'Alexandrie, présente un *kératoscoptomètre*.

M. Vignes présente un *opthalmoscope à réfraction*.

M. Parent présente une *échelle optométrique*.

## SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

*Séance du 27 mars* 1890. — *Présidence de* M. Hayem.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Besançon lit un rapport sur les travaux des candidats, aux titres de membres titulaires et de membres correspondants.

Sont nommés membres titulaires MM. Paul Sollier, Louis Thérèze, Janet, Stéphane Bonnet, Lyot, Lejars, de Lostalot et Lesage.

M. Galliard revient sur l'histoire d'un malade dont il a déjà parlé en janvier 1888, et qui présente une perte du sens musculaire localisée à la main droite, et consécutive à une pneumonie. (V. *France médicale*, n° 19, p. 291.)

M. Rendu. — J'hésite sur l'interprétation qu'il conviendrait de donner à ce fait. Il y a là une véritable rareté, tout à fait en dehors des accidents connus de la pneumonie. Je ferai seulement remarquer que la perte du sens musculaire, dans la forme rapportée par M. Gaillard, ne s'observe que dans l'hystérie, et dans quelques faits de lésions nerveuses centrales. Il est douteux que les affections des nerfs périphériques puissent la produire, ou du moins nos connaissances sur ce dernier point se bornent à quelques faits récents, incomplètement démonstratifs. Dans le cas particulier qu'on vient de rapporter, je pense qu'il s'agit d'un trouble fonctionnel pur, *seni materia*, névropathique en un mot. Pour cette appréciation, je m'appuie sur un cas analogue que j'ai présenté à M. Charcot; c'était une jeune fille présentant une monoplégie en manchette, avec de l'anesthésie, il est vrai. Elle n'avait jamais eu d'accident hystérique et ne présentait aucun stigmate. M. Charcot affirma la nature névropathique, et conseilla des mouvements méthodiques gradués, consistant en séances quotidiennes de pression d'un dynamomètre, en sollicitant des efforts progressifs de la part de la malade. En quinze jours, l'amélioration était considérable, et la guérison ne se faisait guère attendre, alors que mes prescriptions antérieures, électrisation, massage, bains chauds n'avaient amené aucun résultat. J'ai revu depuis la malade : son état est parfait.

M. Rendu fait une communication sur un cas de tuberculose intestinale ulcéreuse, à symptômes insolites (V. *France médicale*, n° 18, p. 274.)

M. Hayem. — Je voudrais demander à M. Rendu s'il a quelques renseignements sur l'état de la langue, chez son malade.

M. Rendu. — Il y avait un léger état muqueux, mais peu frappant. Je dois dire que j'ai surtout examiné la région au point de vue des lésions spécifiques, il n'y en avait pas trace.

M. Hayem. — Ma remarque vise la séméiologie linguale, dont l'ancienne clinique tirait si grand parti dans les affections digestives, et qu'on semble un peu trop négliger actuellement. Mais, si j'en crois les observations que j'ai recueillies, depuis que mon attention est attirée sur ce point, les modifications d'aspect de la langue diffèrent de ce qu'on admet généralement. Ce ne serait pas dans les affections gastriques que l'enduit lingual, l'état saburral serait le plus développé; on voit un grand nombre de dyspeptiques qui ont la langue nette, des phtisiques, même des dilatés. Au contraire, la langue sale coïncide plutôt avec les affections de l'intestin. Dans l'embarras dit gastrique, c'est surtout l'intestin qui est embarrassé, comme le prouve l'heureux effet d'un évacuant, d'un simple purgatif. La langue chargée des sujets constipés prête aux mêmes remarques. Dans l'observation de duodénite récemment rapportée par M. Lesage, la langue était recouverte d'un enduit très épais. Il serait intéressant de savoir si chez les phtisiques l'état de la langue peut renseigner sur l'état de l'intestin.

En ce qui concerne l'anomalie du cas de M. Rendu, je sais qu'on a signalé des faits semblables, quoique je n'en aie pas de présent à la mémoire. En revanche, on observe souvent la contre-partie absolue de cette observation, c'est-à-dire une diarrhée incoercible coïncidant avec des lésions intestinales insignifiantes.

M. Rendu. — J'ai vu aussi des cas de ce genre, et c'est précisément la singularité de ce nouveau fait qui m'a fait le présenter.

M. Hayem. — Le symptôme *douleur* est noté spécialement dans l'observation de M. Rendu. Peut-être faut-il se demander si en vertu d'un mécanisme connu et fréquent, cette douleur n'était pas le départ d'une contracture intestinale réflexe, immobilisant l'intestin et suspendant les évacuations. On sait que la mobilité intestinale joue un rôle prépondérant dans le mécanisme de la diarrhée, des expériences physiologiques récentes sus les purgatifs l'ont bien établi. Les évacuations diarrhéiques tiennent beaucoup moins à une exsudation anormale de liquide dans l'intestin, qu'à une exagération insolite du péristaltisme qui entraîne les liquides normalement sécrétés. Quoi qu'il en soit,

le fait si paradoxal rapporté par M. Rendu, présente un très grand intérêt.

MM. Reboul et Handjian sont nommés membres correspondants.

*Les secrétaires des séances.*
GIRODE, BESANÇON.

## MEMENTO PRATIQUE

**Traitement de la diphthérie pharyngée.** — Il a été formulé en partie par M. Jules SIMON et consiste dans l'emploi de moyens locaux et d'une médication générale.

I. TRAITEMENT LOCAL. — Ce sont des badigeonnages, des pulvérisations, des gargarismes et des irrigations anti-septiques.

1° *Badigeonnages.* — On les pratique avec des pinceaux en forme d'olive : l'un, à sec, et en employant une certaine force pour détacher les exsudats, doit précéder l'application du topique, l'autre est opéré avec le topique ainsi formulé :

| | |
|---|---|
| Acide salicylique..... | 1 gramme. |
| Alcool ..... | Q. S. |
| Glycérine..... | 40 gr. |
| Infusion d'eucalyptus.... | 50 — |

Répéter ce badigeonnage d'heure en heure pendant le jour.

Si les fausses membranes résistent, remplacer le collutoire précédent par le glycérolé classique au perchlorure de fer :

Glycérine.....
Perchlorure de fer .... } aa 20 gr.

2° *Irrigations.* — Après chaque badigeonnage, pratiquer une irrigation avec l'eau boriquée à 2 pour 100 ou à l'eau de chaux. On fait usage à cet effet d'un siphon ou bien d'un réservoir de verre muni d'un tube. Toutefois, il est impossible d'employer ces irrigations chez les enfants en bas âge.

3° *Gargarismes.* — Ils ne sont possibles que si l'enfant est assez âgé. On les pratique avec l'eau boriquée ou la solution de coaltar.

4° *Pulvérisations.* — Utiles chez les enfants tout jeunes, on les répète cinq ou six fois par jour avec l'eau phéniquée, la solution de thymol ou la teinture d'eucalyptus.

5° *Pommade résolutive.* — On la prescrit contre les adénites douloureuses. Ici, on peut faire usage de la pommade iodurée et belladonée vulgaire, dont voici l'une des formules :

| | |
|---|---|
| Extrait de belladone..... | 3 grammes |
| Iodure du potassium..... | 2 — |
| Vaseline..... | 30 — |

II. TRAITEMENT INTERNE. — 1° Alimenter le malade. Alcool à la dose de 30 à 40 grammes par jour. Quinquina, coca et surtout kola.

2° Pratiquer l'antisepsie de la chambre par des pulvérisations phéniquées ou les vapeurs térébenthinées.

3° Administrer le perchlorure de fer à raison de X à XX gouttes par jour ; ou bien, si l'enfant est plus âgé (douze à quinze ans), essayer le baume de copahu et le cubède à hautes doses.

| | |
|---|---|
| Cubèbe..... | 60 grammes |
| Copahu..... | 60 — |
| Sous-carbonate de fer..... | 4 — |
| Sous-nitrate de bismuth.. | 1 — |

F. s. a. 4 bols à prendre dans la journée.

## VARIÉTÉS

### LE Dr EMIN PACHA.

Voilà un détail qui était probablement ignoré de la plupart de nos lecteurs : Emin Pacha, l'explorateur de l'Afrique centrale dont il a tant été parlé dans ces derniers temps, est un de nos confrères. Né à Oppelm en Sibérie en 1840, il a commencé à étudier la médecine en 1850 à l'université de Breslau et il a complété son éducation médicale à Berlin où il a été reçu docteur en 1864. Son véritable nom est Edmond Schnitzer. Poussé par un vif désir de voyager, il quitta Berlin immédiatement après son doctorat et se rendit en Turquie où il fit partie de l'état-major d'Hakki-Pacha, qu'il accompagna dans ses voyages officiels en Arménie, en Espagne et en Arabie. Il adopta le nom d'Emin qui signifie « le fidèle », de crainte que son nom étranger ne l'empêchât de s'identifier avec les intérêts du peuple qu'il désirait servir.

En 1875, il retourna dans son pays pour voir sa famille, mais l'amour des voyages le reprit immédiatement et il suivit le chemin le plus court pour retourner en Egypte où il prit du service dans l'armée égyptienne comme Dr Emin Effendi. Il fut désigné pour rejoindre le gouverneur général du Soudan à Karthoum et de là, il fut envoyé comme médecin en chef dans la province équatoriale dont Gordon Pacha était alors gouverneur. En 1878, lorsque Gordon fut nommé gouverneur général de tout le Soudan, il nomma Emin, dont il avait une très haute opinion, au poste qu'il venait d'occuper lui-même, celui de gouverneur de la province équatoriale.

Entre le gouvernement de Gordon et celui d'Emin, il y eut un certain intervalle, pendant lequel le désordre avait fait de rapides progrès. La tâche d'Emin fut pleine de difficultés, mais avec une patience et une décision surprenantes, il devint maître de la situation, bien que toujours seul, sans l'assistance d'aucun autre Européen. Il rétablit l'ordre, chassa les marchands d'esclaves, délivra ces derniers et profita si bien des ressources du pays que le déficit qui était de 800,000 fr. par an se changea pour le gouvernement égyptien en un bénéfice

de 300,000 fr. par an. Son journal est plein du récit de ses pénibles voyages que ses fonctions lui imposaient à travers d'affreux marécages, sous des pluies torrentielles ou un soleil brûlant.

Il n'oubliait cependant pas son rôle de médecin et, à Lado, où était le principal hôpital de la province, il se rendait chaque matin, faisant le tour des salles et soignant les malades.

Il poursuivait sans discontinuer ses recherches sur la botanique, la zoologie et l'ornithologie de la province et il faisait des collections, bien que son goût pour les recherches scientifiques ne l'ait jamais écarté de ses devoirs officiels. Il tenait en haute estime la mission du médecin. « Un malade, écrit-il, n'est pas un sujet, c'est un être qui souffre et dont la sensibilité est fortement accrue. Le rôle du docteur est d'être d'abord un ami pour son malade. Notre mission est grande et sainte, et les remerciements murmurés par un pauvre homme ont bien plus de valeur que plusieurs guinées, et la conviction que nous avons conservé un enfant à sa mère est bien plus consolante que n'importe quelle brillante opération lorsqu'elle fait courir des risques. »

L'insurrection du mahdi et l'évacuation du Soudan qui en fut la conséquence, fit perdre la province équatoriale. Emin dut abandonner une par une toutes ses stations du nord et dans sa dernière lettre datée d'avril 1887 (1), il raconte comment, avec ses troupes soudanaises, il se tint à Wadelai, attendant l'arrivée de l'expédition promise d'Angleterre, mais il annonce également son intention, même s'il est soutenu, de ne pas abandonner son peuple et la mission à laquelle il a déjà consacré tant d'années de sa vie.

« Si le peuple anglais pense, dit-il, que dès que j'aurai été rejoint par Stanley ou Thomson, je retournerai avec eux, il se trompe grandement. J'ai passé ici douze années de ma vie ; serait-il de ma dignité d'abandonner mon poste aussitôt que j'en aurais l'occasion ? Je resterai avec mon peuple jusqu'à ce que je sois certain que son avenir, et l'avenir de son pays seront assurés. L'œuvre pour laquelle Gordon a versé son sang, je veux m'efforcer de l'accomplir, sinon avec son énergie et son génie, du moins dans les mêmes intentions et dans le même esprit. » Il dit encore : « Je répète que si une expédition de secours arrive jusqu'à nous, je n'abandonnerai pas mon peuple. Nous avons passé de mauvais jours ensemble et ce serait de ma part une action honteuse que de l'abandonner. »

Ces paroles expliquent pourquoi Emin Pacha vient de retourner au Soudan, après sa délivrance qui a été si discutée. Elles montrent le caractère de l'homme. Fermement décidé à terminer son œuvre, il restera fidèle jusqu'à la mort à la mission qu'il a entreprise. Il croit dans les Soudanais et dans leur développement possible et il est impatient de les délivrer des marchands d'esclaves, du gouvernement égyptien et des explorateurs commerciaux. Il vient d'offrir ses services au gouvernement allemand et il sera intéressant de suivre désormais sa carrière.

Ses amis parlent d'Emin avec une affection respectueuse ; ils vantent son dévouement, son désintéressement et son extrême modestie, malgré ses connaissances encyclopédiques en zoologie, en botanique et en linguistique.

Il s'est acquis la confiance des indigènes, surtout par sa patience, sa justice, et sa complète connaissance de leurs idées, de leurs coutumes et de leurs préjugés. Ne méprisant personne, le nègre moins que tout autre, et ne haïssant rien que le honteux marché des esclaves, Emin Pacha est éminemment apte à l'œuvre à laquelle il s'est dévoué, et, comme le montrent ses lettres et le journal publié par son ami le Dr Pelkin, c'est un homme dont la profession médicale peut à juste titre s'enorgueillir.

(1) Ces lettres ont paru en Allemagne en 1888, dans un livre édité par ses amis, le professeur Schweinfurth, le professeur Ratzel, le Dr Pelkin et le Dr Hartlaub.

## NOUVELLES

**Faculté de médecine de Paris.** — M. Campenon, agrégé, est chargé d'un cours de clinique chirurgicale.

**Distinctions honorifiques.** — Le préfet de la Seine-Inférieure vient de décerner, au nom du département, une *médaille d'argent* à M. le docteur Blockberger (de Darnétal), en récompense du zèle et du dévouement avec lesquels il remplit les fonctions de médecin des épidémies.

**Mérite agricole.** — MM. les docteurs Vidal (d'Hyères) et Clarencq (de Port-Louis) ont été nommés chevaliers du Mérite agricole.

**École de médecine de Rouen.** — M. Pouchin (Hippolyte-Edmond), pharmacien de première classe, est institué suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

**Val-de-Grâce.** — M. le médecin principal Robert, agrégé du Val-de-Grâce, est nommé professeur d'opérations et appareils en remplacement de M. le professeur Chauvel, nommé provisoirement médecin en chef de l'hôpital de Bourbonne.

**Corps de santé militaire.** — Par décret, en date du 11 mai 1890, ont été promus dans le corps de santé militaire et ont reçu, par décision du même jour, les affectations ci-après indiquées, savoir :

*Au grade de médecin principal de première classe.* — M. le médecin principal de deuxième classe Morisson, désigné pour les fonctions de médecin chef de l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

*Au grade de médecin principal de deuxième classe.* — MM. les médecins-majors de première classe Corties, désigné pour les fonctions de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Amiens ; — Liénard, désigné pour les fonctions de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Dijon.

*Au grade de médecin-major de première classe.* — MM. les médecins-majors de deuxième-classe Monart, désigné pour le 13e d'infanterie, — Daymard, désigné pour le 38e d'infanterie ; — Folies-Desjardins, désigné pour le 58e d'infanterie ; — Grouille, désigné pour le 43e d'infanterie ; — Calmette, désigné pour le 118e d'infanterie.

*Au grade de médecin-major de deuxième classe.* — MM. les médecins aides-majors de première classe Bonnery, désigné pour le 95e d'infanterie ; — Delorme, maintenu au 4e zouaves ; — Dève, désigné pour le 1er d'infanterie ; — Belliard, maintenu comme surveillant à l'École du Val-de-Grâce ; — Collinet, désigné pour le 89e d'infanterie ; — Gaube, désigné pour le 62e d'infanterie ; — Tournier, désigné pour le 62e bataillon d'artillerie de forteresse ; — Bernardy, désigné pour le 72e d'infanterie ; — Gleize, maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Martin, maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger ; — Géhin, désigné pour le 43e d'infanterie ; — Lecuyé, maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger.

— Par décision ministérielle, en date du 12 mai 1890, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

M. le médecin principal de deuxième classe Schindler, pour les fonctions de médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte du Mans.

MM les médecins-majors de première classe Caillet, pour l'hôpital militaire de Bourges ; — Isambert, pour les fonctions de médecin chef de l'hôpital militaire de Dunkerque ; — Desmons, pour le 110e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Toussaint, pour le 1er escadron du train des équipages militaires ; — Février, pour l'Ecole politechnique ; — Polin pour le 24e dragons ; — Louis, pour l'Ecole de Saint-Cyr ; — Schmitt, pour le 7e cuirassiers ; — Galibern, pour le 138e d'infanterie ; — Coindreau, pour le 93e d'infanterie ; — Dupeyron, pour le 66e d'infanterie ; — Larroque, pour le 122e d'infanterie ; — Duval, pour le 41e d'infanterie ; — Bernhard, pour le 49e d'infanterie ; — Debrie, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; — Lafille, pour le 5e chasseurs à cheval.

MM. les médecins aides-majors de première classe Tersen, pour le 132e d'infanterie ; — Routier, pour le 2e chasseurs d'Afrique ; — Odile, pour l'Ecole de Billom ; — Jannot, pour l'Ecole de Saumur.

**Corps de santé de la marine.** — Par décret, en date du 10 mai 1890, M. le docteur Ehrmann, médecin auxiliaire de deuxième classe, est nommé médecin de deuxième classe de la marine.

— **Hôpitaux de Nancy.** — Mme Déodor, née Léonie-Bruillard-Balbâtre, vient de léguer sa fortune, évaluée à 800.000 francs, pour la fondation d'un hôpital, asile ou maison de santé.

— **Comité consultatif de l'enseignement public.** — MM. Cornil et Lannelongue, professeurs à la Faculté de médecine de Paris, et Jungfleisch, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris, sont nommés membres du Comité consultatif de l'enseignement public (première section).

**Hôpital français de New-York.** — La vente faite à New-York au profit de l'hôpital français de cette ville a rapporté la somme de 85.000 francs.

**Les certificats de blessures dans les hôpitaux.** — Quand un blessé a été transporté dans un hôpital, à la suite d'un accident ou d'une rixe, les commissaires de police sont dans l'usage de demander aux médecins un certificat constatant la nature et la gravité des blessures de la victime.

Des difficultés s'étant produites à ce sujet, le procureur de la Républiqve s'est concerté avec M. Peyrôn, directeur de l'Assistance publique, pour les mesures à prendre en pareil cas. Il a été décidé ce qui suit :

Quand un certificat médical sera nécessaire, les commissaires de police devront adresser une réquisition écrite au directeur de l'hôpital dans lequel le blessé aura été admis. Le directeur fera parvenir la réquisition écrite au médecin qui devra rédiger le certificat, et le médecin remettra ensuite le certificat directement au directeur. Celui-ci payera ou fera payer au médecin ses honoraires et les réclamera ensuite au commissaire de police. Les médecins sont autorisés à désigner un interne pour la rédaction du certificat.

M. le Procureur de la République a donné aux commissaires de police l'ordre de l'aviser des contestations susceptibles de se produire.

**Conference des avocats.** — La conférence des avocats a discuté hier la question suivante :

« La Faculté de médecine a-t-elle le droit de faire des expériences anatomiques sur un supplicié, malgré les dernières volontés du supplicié? »

La conférence, après avoir entendu Mes Sambuc et Fourcade, pour l'affirmative, Me Jouet pour la négative et Me Nouel comme ministère public, s'est prononcée pour la négative.

**Le pélerinage de la Mecque.** — Le comité consultatif d'hygiène publique de France a été consulté, sur la demande de M. le ministre des affaires étrangères, sur le point de savoir si la population musulmane d'Algérie pourrait être autorisée, cette année, à entreprendre le pélerinage de la Mecque, qui doit avoir lieu au mois de juillet prochain.

Après avoir entendu les renseignements qui lui ont été communiqués par M. le professeur Proust sur la situation sanitaire de Mossoul, où le choléra a été signalé, le comité consultatif a émis l'avis que ce pélerinage était de nature à constituer un danger pour la santé publique et qu'il n'y avait pas lieu, dès lors, de l'autoriser.

Déjà le pélerinage de la Mecque avait été interdit, l'an dernier, pour les mêmes motifs.

**Noms de rues.** — Les noms de « Broca, Paul Bert, Boussingault, Durant-Claye, Couche », sont attribués, à titre d'hommage public, à diverses rues de Paris, conformément à l'arrêté du préfet de la Seine en date du 18 avril 1890, qui est approuvé.

**Hôpital St-Louis.** — M. Hallopeau commencera ses leçons chroniques sur les maladies cutanées et syphilitiques, le samedi 24 mai à 10 heures du matin et les continuera les samedis suivants à la même heure.

## NÉCROLOGIE

Siredey François, membre de l'Académie de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière, est mort le 19 mai à Neuilly, à la suite d'albuminerie et d'accidents cardiaques, qui depuis quelque temps l'avaient contraint au repos.

Né le 22 février 1831 à La Villeneuve-les-Convers (Côte-d'Or), il fut nommé interne des hôpitaux en 1855, le quatrième d'une promotion qui compte aujourd'hui deux professeurs à la Faculté.

Il avait brillamment commencé ses études médicales à Dijon, lorsqu'il vint les continuer à Paris. C'est dans le service d'Aran, auquel il fut attaché comme interne, qu'il prit les matériaux de sa thèse inaugurale qu'il soutint le 24 janvier 1860, *Sur la fréquence des altérations des annexes de l'utérus dans les affections dites utérines.*

Son ouvrage le plus important a pour titre : *Les maladies puerpérales*, publié en 1884. C'est le résumé de onze années d'études hospitalières reposant sur une moyenne de 900 femmes traitées ou visitées annuellement. Siredey y passe en revue toutes les affections qui composent l'état puerpéral pathologique. Siredey cherche à démontrer : 1° qu'il n'existe pas de fièvre puerpérale essentielle ; 2° que les maladies présentées par les femmes en couches se rattachent à deux types cliniques correspondant à la localisation des maladies sur les lymphatiques ou sur les veines de l'utérus ; 3° que la femme en couches est une *blessée* ; 4° qu'elle ne trouve pas en elle les germes de la septicémie ; 5° d'où résulte la nécessité de la placer dans des conditions d'hygiène convenable.

En dehors de cet important ouvrage, Siredey a publié, en 1866, *Trois observations de la maladie d'Addison*, — un travail *Sur les concrétions muqueuses membraniformes de l'intestin* (1868), — un mémoire *Sur le traitement des épanchements purulents de la plèvre* (1872).

Siredey avait été élu membre de l'Académie de médecine le 11 mars 1884, dans la section de pathologie médicale, en remplacement de Lasègue. Il était officier de la Légion d'honneur. C'était un confrère bienveillant et affable ; en outre c'était un excellent praticien.

A. C.

---

BULLETIN DE LA MORTALITÉ *du* 11 *au* 17. *mai* 1890. — Fièvre typhoïde, 11. — Variole, 2. — Rougeole, 63. — Scarlatine, 2. — Coqueluche, 4. — Diphtérie, Croup, 31. — Phthisie pulmonaire, 186. — Autres tuberculoses, 27. — Tumeurs cancéreuses 82. et autres, 6.

Méningite, 52. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 49. — Paralysie, 3. — Ramollissement cérébral, 6. — Maladies organiques du cœur, 67.

Bronchite aiguë 26, chronique, 32 . — Broncho-pneumonie 27 pneumonie, 55.

Gastro-entérite : Sein, 14 biberon 51

Diarrhée au-dessus de 5 ans. 2.

Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 2.

Débilité congénitale, 24. — Sénilité, 25. — Suicides 13 autres morts violentes, 11. — Autres causes de mort, 171. — Causes inconnues, 6.

Nombre absolu de la semaine : 999. — Résultat de la semaine précédente : 1076.

---

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

**AVIS AUX EDITEURS. — Tout ouvrage dont il sera envoyé un exemplaire sera annoncé.**

**Tout ouvrage dont il sera envoyé deux exemplaires sera annoncé et analysé, s'il y a lieu.**

**Des inhalations d'acide fluorhydrique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire**, par le Dr E. Garcin, Paris Quantin, 1890.

**Céphalalgie et Massage**, par le Dr G. Norstrom, 1 vol, in-8°, Lecrosnier et Babé, éditeurs.

**Manuel du candidat aux divers grades et emplois de médecin et de pharmacien de la réserve et de l'armée territoriale**, par le Dr P. Bouloumié, 1 vol. in-12, Paris, Société d'éditions scientifiques, 4, rue Antoine Dubois.

**De la grippe et de son traitement par le sulfate de quinine**, par le Dr Gellie, 1 vol. in-8°, Paris, G. Gounouilhou, 1890.

**Leçons sur les maladies du larynx**, par le Dr E. J. Moure, recueillies par le Dr M. Natier, 1 vol. in-8°, Paris, O. Doin, 1890.

**Les aliénés et les Asiles d'aliénés** (assistance, législation et médecine légale), par le Dr Jules Falret, médecin de la Salpêtrière. Paris, 1890, 1 vol. in-8° de 564 pages, 8 fr. — Librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

**Résultats de quatre-vingts opérations de cataracte** (aspect de l'image papillaire un certain temps après l'opération), par le Dr A. Bourgeois (de Reims). In-8 de 24 pages avec tableaux et une planche, 1 fr. 50. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

**De la stérilisation par l'eau bouillante des instruments d'oculistique**, par le Dr Bourgeois (de Reims). Brochure in-8 de 12 pages avec figures, 1 fr. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

**De la kystectomie dans l'opération de la cataracte**, par le Dr A. Bourgeois (de Reims). In-8° de 8 pages avec figures, 50 centimes. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

**Traité de médecine légale militaire.** Conseil de révision et opérations médicales du recrutement. — Mode de répartition des militaires malades (visites régimentaires, etc.)— Réformes et retraites. — Rédaction des certificats et rapports. — Maladies simulées et maladies méconnues. — Responsabilité. - Déontologie des médecins de l'armée, etc. par le Dr Em. Duponchel, médecin-major de première classe, etc. Un volume in-12 cartonné diamant de 700 pages, avec figures, 8 francs. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

**Dictionnaire de médecine** à l'usage des assurances sur la vie, par le Dr L. Mareau, médecin expert des compagnies d'assurances. Un vol. in-12 cartonné de 450 pages, avec une préface de M. Edouard Vernot, 7 francs. — Librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon.

**La chirurgie du sinus sphénoïdal**, par le Dr Em. Berger. Brochure in-8 de 80 pages, 2 fr. 50. — Librairie O. Doin 8, place de l'Odéon.

**DYSPEPSIES.** — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase

**ALIMENT DES ENFANTS.** — Phosphatine Falières.

**CONSTIPATION.** — Poudre laxative de Vichy.

**L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques** (amers et ferments digestifs). — Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.

**VIN DE BAYARD pepto-phosphaté**, le plus puissant reconstituant.

**QUINIUM ROY granulé**, extrait normal de quinquina soluble

**PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES.** — **L'Emulsion Marchais** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. — Dr Ferrand *Traité de médecine*, 1887).

**ANÉMIE, CHLOROSE.** Dragées Cézard, ne *constipe pas.*

ANÉMIE **LA BOURBOULE** DIABÈTE
Enfants débiles, Voies respiratoires
MALADIES DE LA PEAU. RHUMATISMES

*Le Gérant :* A. Chevallereau

Paris, imprimerie DAVY, 52, rue Madame.